Aus der Kgl. II. gynäkologischen Univ.-Klinik München.
Vorstand: Prof. Dr. J. A. Amann.

Über die Beziehungen der Lageveränderungen des Uterus zur Enteroptose.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
gesamten Medizin
verfaßt
und einer
hohen medizinischen Fakultät
der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Severin Kirchesch.

München 1917.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Aus der Kgl. II. gynäkologischen Univ.-Klinik München.
Vorstand: Prof. Dr. J. A. Amann.

Über die Beziehungen der Lageveränderungen des Uterus zur Enteroptose.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
gesamten Medizin
verfaßt
und einer
hohen medizinischen Fakultät
der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Severin Kirchesch.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

München 1917.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Amann.

Die nosologische Bewertung der Gebärmutterverlagerung hat in der gynäkologischen Diagnostik und Therapie die gleiche durchgreifende Wandlung erfahren, wie es in der Chirurgie bei dem Krankheitsbild der Wanderniere der Fall war.

Nachdem Rayer als erster das Zustandsbild der Renoptose beschrieben hatte, wurde diese Lageveränderung bald als die Ursache schwerer Krankheitszustände angesprochen. Wie ernst man das Krankheitsbild nahm, erhellt daraus, daß man in therapeutischer Hinsicht sich nicht scheute, die Exstirpation der Niere nicht nur vorzuschlagen, sondern sogar praktisch auszuführen.

Dieser weitherzigen operativen Indikationsstellung trat dann Mitt der 80er Jahre Glénard entschieden entgegen, indem er die Wanderniere nur als eine Teilerscheinung der Senkung aller Unterleibsorgane ansprach.

Die weitere aufmerksame Beobachtung, die man dem Krankheitsbilde schenkte, lieferte uns dann, besonders in den grundlegenden Arbeiten von Stiller und Mathes, die Anschauung, die wir heute von der Enteroptose haben. Stiller und Mathes legten einwandfrei klar, daß der Enteroptose ein ganz typisches anatomisches Bild entspricht, dem eine Konstitutionsanomalie des Körpers zugrunde liegt.

Schon seit Rayer ist von vielen Forschern die Tatsache bestätigt worden, daß beim Weibe

die Wanderniere oft mit Lageanomalien des Genitale kombiniert sei. Der Versuch, diese Tatsache zu erklären, rückte bald die Niere, bald auch den Uterus in den Vordergrund des Interesses.

Den Gynäkologen kamen die monotonen Klagen der in Behandlung kommenden Frauen über Kreuzschmerzen und Drängen nach abwärts immer wieder zu Ohren. Bei der genaueren Untersuchung fanden sie oft eine Retroflexio oder Descensus uteri. So lag es nahe, diese Lageveränderung als die Ursache der Beschwerden anzusprechen. Es wurde dann auch bald der Symptomenkomplex der Retroflexio uteri näher beschrieben, bestehend in: Kopfschmerzen, allgemeiner Müdigkeit und Nervosität, Dysmenorrhöen, Menorrhagien, Kreuzschmerzen, Drängen nach abwärts und sonstigen unangenehmen Sensationen in den verschiedensten Körperteilen. „Somit nahm jetzt die Symptomatik der Retroflexio die in früherer Zeit als Symptome der Wanderniere geschilderten ein. Die Niere sowohl als der Uterus sollten als reflexauslösende Herde durch Vermittlung des Nervensystems zu den genannten Störungen Veranlassung geben" (Mathes).

Die notwendige Folge dieser Anschauung war dann, daß man, wie früher bei der Wanderniere, diesen Beschwerden durch lageverbessernde Operationen zu begegnen suchte. Das zumal in einer Zeit, wo man sich über die physiologische Lage des Uterus noch nicht klar war.

Doch schon ein kurzer Rückblick in die Geschichte der Lehre von der physiologischen Lage

des Uterus zeigt uns, daß man damals zu Unrecht den verlagerten Uterus für die Beschwerden der Frauen verantwortlich machte. Denn erst hielten die einen die Anteflexio für die pathologische Lage und reponierten sie daher. Die anderen sahen die Retroflexio als pathologisch an und anteponierten; wieder andere stellten einen dextro- oder sinistro-ponierten Uterus steil usf., und jeder hob rühmend seine Heilerfolge hervor. Der Umstand, daß infolgedessen damals so häufig eine normale Lage des Uterus in eine pathologische verwandelt wurde, ohne den Patientinnen irgendwelche Beschwerden zu verursachen, spricht doch dafür, daß der Lageveränderung an sich eine besondere Bedeutung nicht zukommt.

Als dann später durch die klassischen Untersuchungen von Schultze die normale Lage des Uterus bekannt ward und man einen großen Teil der lageverbessernden Operationen nicht von dem gewünschten Erfolge gekrönt sah, mußte das abermals die Auffassung von der krankmachenden Ursache der Uterusdeviationen in Zweifel ziehen. Bei der großen Aufmerksamkeit, die man damals dem Krankheitsbilde zuwandte, mußte es auch bald auffallen, daß sich der Symptomenkomplex der Retroflexio uteri oft nachweisen ließ, ohne daß eine Retroflexio bestand.

Es ist besonders das Verdienst von Theilhaber und Freudenberg, darauf aufmerksam gemacht zu haben, daß Frauen mit oder ohne Retroflexio dieselben Klagen in annähernd gleicher Häufigkeit vorbringen und daß man daher kein Recht habe, sie auf die Lageveränderung

des Uterus allein zu beziehen. Auch beobachtete man in der Folgezeit öfters, daß die Anomalie der Retroflexio bestand, ohne daß sie den damit Behafteten die Ursache zu irgendeiner Klage gab. Endlich ließ die mannigfache Lokalisation der geklagten Schmerzen bei bestehender Retroflexio vermuten, daß die Ursache dafür nicht allein im Uterus, sondern auf anderem Gebiete zu suchen sei.

So fing man dann in neuerer Zeit an, das Krankheitsbild der Retroflexio uteri weiter zu fassen und fand, daß nicht nur der Symptomenkomplex, wie man ihn für Retroflexio uteri beschrieben, identisch ist mit dem für die Enteroptose charakteristischen, sondern daß man bei diesen Individuen auch objektiv die Zeichen der Enteroptose nachweisen konnte.

So treffen wir oft bei Frauen mit Retroflexio die nach Mathes charakteristischen Zeichen des Habitus enteropticus an: Der Körper ist grazil, der Thorax ist lang und schmal, die Rippen verlaufen stark schräg nach abwärts, die 10. Rippe fluktuiert (Stiller), die Rückenwirbelsäule ist nach vorne stark gekrümmt, die Lendenlordose sitzt ziemlich tief und ist nur schwach angedeutet. Das Profil des Abdomens ist in allen Teilen konvex, aber besonders stark in den unteren Partien. Die Beckenneigung ist sehr gering, was besonders an den stark abfallenden, flachen Nates zu erkennen ist. Außerdem findet man bei diesen Individuen einen langen, dünnen Hals, eine zarte, dünne Haut und ein stark abgeflachtes Fußgewölbe, ohne stärkere Pronation des Fußes.

Alle diese Symptome, die im Einzelfalle mit mehr oder weniger Vielheit oder großer Deutlichkeit ausgeprägt sind, sind die Folge der Erschlaffung sämtlicher Körpergewebe.

Im Abdomen findet die Gewebsschwäche ihren Ausdruck in Verlagerung und Senkung seiner Organe. An der allgemeinen Gewebsschlaffheit ist auch der Beckenboden und das den Uterus umgebende Bindegewebe beteiligt. Das findet auch seine Bestätigung in dem objektiv zu erhebenden Befunde: Der Damm wölbt sich beim Pressen stark vor, und die Vaginalwände werden in der Vulva sichtbar. Die Digitaluntersuchung ergibt einen weiten Hiatus genitalis; seine Begrenzung ist schlaff. Die Portio ist nach allen Seiten hin frei beweglich. Die Sacro-Uterinligamente sind dünn und schlaff, und das linke ist oft auffallend kurz. Der Uterus steht meist retrovertiert oder retroflektiert und sinkt bei Rückenlage der Frau tief in die Kreuzbeinhöhlung hinab. Die Ovarien sind leicht zu fühlen und gut beweglich.

Daß sich an einem derartig schlaffen Gewebe die Störung des intraabdominalen Gleichgewichtes, deren Folge ja auch die allgemeine Enteroptose ist, sei es in Uterusdeviationen, Prolapsen, Zysto- und Rektozelen, bemerkbar macht, kann dann nicht mehr wundernehmen.

Um über die Häufigkeit der Lageveränderung des Uterus bei asthenischen Individuen einen Überblick zu bekommen, durchsuchte ich mehrere Jahrgänge der Münchener II. gynäkologischen Klinik (Prof. Amann) und fand unter

6018 Patientinnen 1000 mit ganz offenkundigen somatischen Zeichen der konstitutionellen Asthenie. Im Krankenblatt wurden die Patientinnen unter den verschiedensten Diagnosen geführt, wie Neurasthenie, Dysmenorrhoe, Ren mobilis, Enteroptose, Infantilismus, Appendicitis chron., Amenorrhoe, Retroflexio oder Descensus uteri. Sicherlich wäre die Prozentzahl der Asthenischen um vieles gestiegen, wenn die einzelnen Patientinnen nach der nachfolgenden, von Mathes als charakteristisch für Habitus asthenicus angegebenen Tabelle durchuntersucht worden wären.

Typisch für konstitutionelle Asthenie sind nach Mathes:

1. eine oder beide Nieren palpabel,
2. Leberrand palpabel,
3. Magen gesenkt oder ektatisch,
4. Druckpunkt am linken Rande der Lendenwirbelsäule,
5. Schlaffheit des Beckenbindegewebes,
6. Retroversio oder -flexio uteri,
7. Zugschmerz der Ovarialligamente,
8. Epreuve de sangle,*)
9. freie 10. Rippe,
10. Reclinatio uteri.

An Hand dieser Merkmale fand dann auch Mathes unter 100 Frauen nur 6, bei denen nicht eines seiner Zeichen zutraf.

Obgleich also in dem mir vorliegenden Krankenmaterial den einzelnen asthenischen Merkmalen nicht so große Beachtung geschenkt wurde,

*) Epreuve de sangle besteht darin, daß man durch Druck auf die unterer Abdominalpartie die prolabierten Intestina zur Reposition bringt.

so muß doch auch hier die Häufigkeit der Asthenie bei „unterleibskranken Frauen auffallen. Die Klagen, welche die Patientinnen zum Arzte führten, werden einigermaßen durch die Diagnosen beleuchtet.

Unter diesen 1000 Asthenischen finden sich nun nicht weniger als 407 mit totaler Retroflexio uteri, 14 mit Inversio vaginae und 6 mit Uterusprolaps. An sonstigen Lageabweichungen sind noch 139 Fälle zu verzeichnen. Doch bewegen sich diese Lageveränderungen immer noch in den von Theilhaber als normal angesprochenen Grenzen und dürfen daher nicht zu den pathologischen gerechnet werden.

Im übrigen verteilt sich das genauere Ergebnis wie folgt:

Diagnose	Anteflexio	Retroflexio	Anteflex retroposit.	Anteflexio sinitroposit.	Anteflexio dextroposit.	Steillstellg.	Spitzwinklig. anteflex.	Prolaps	Summe
Neurasthenie	134	32	16	4	3	1	11	—	201
Dysmenorrhoe	70	14	9	2	5	—	14	—	114
Renmobilis	71	39	19	3	4	—	2	1	139
Enteroptose	87	29	12	2	2	—	1	5	138
Infantilismus	45	20	3	3	1	1	10	—	83
Appendicit. chron.	25	14	3	—	2	—	1	—	45
Amenorrhoe	4	2	1	—	1	—	—	—	8
Retroflexio	—	252	—	—	—	—	—	—	252
Inversio vag.	11	—	2	—	—	—	1	—	14
Status asthenic	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Menorrhagie	—	4	—	—	—	—	—	—	4
Summe	448	407	65	14	18	2	40	6	1000

Um kurz zusammenzufassen, haben wir also unter 1000 Asthenischen 427 mal, das ist 42,7%, wirkliche Lageveränderungen des Genitale (407 Retroflexio, 6 Prolaps und 14 Inversio vaginae) und 139 mal Abweichungen von der schlechthin als normal bezeichneten Lage (65 Anteflexio retroposit., 14 Anteflexio sinistroposit., 16 Anteflexio dextroposit., 2 Steilstellung, 40 spitzwinklich Anteflexio). Wenn wir dieses Ergebnis mit dem von Mathes und van der Hoeven angegebenen vergleichen, so gibt ersterer an bei 83 Asthenischen 33 mal = 39,7% und letzterer bei 58 36 mal = 62% Lageanomalien der Genitalien gefunden zu haben. Eine Statistik über eine größere Anzahl ist mir in der Literatur nirgends begegnet.

Die obige Zusammenstellung ergibt somit wiederum die Tatsache der Häufigkeit der Lageanomalie des Uterus bei Asthenischen und rechtfertigt die Annahme der Zugehörigkeit der Retroflexio uteri zu der großen Krankheitsgruppe der Asthenie.

Entgegen einer früheren Anschauung, welche die Geburten als ätiologisches Moment für Retroflexio ansprach, hoben schon Freudenberg und A. Mayer hervor, daß die Reflexionen bei Nulliparen und Virgines mehr als ein Fünftel aller zur Beobachtung kommenden Fälle ausmachen. Ferner gibt A. Mayer an, daß ein Drittel aller Frauen mit Retroflexio aus konstitutionell geschwächten Familien stammt und ein zweites Drittel selbst von hypoplastischer Konstitution ist.

Wenn wir so die Retroflexio uteri als eine Teilerscheinung der allgemeinen Asthenie erkannt

haben, so müssen wir auch den monotonen aber vielgestaltigen Beschwerden der „unterleibskranken“ Frauen eine andere Deutung geben, als dies auch heute noch zum Teil geschieht.

Überblicken wir nochmals all die vielfachen Klagen, so beobachten wir nicht selten, daß sie alle gleichzeitig geklagt werden, oder daß sie zeitweise auftreten, um dann wieder vollends zu verschwinden. Wenn man dann noch den konstitutionell geschwächten Gesamthabitus mit in Erwägung zieht, so kann man sich nur schwer vorstellen, daß der Uterus allein der Anlaß zu diesen Mißempfindungen sein soll. „Krank kann, so sagt Mathes, nur ein System sein, das den ganzen Körper gleichmäßig durchsetzt und seine Funktionen regelt, und das ist das Nervensystem.“

Diese Auffassung findet ihre Berechtigung bei näherer Beobachtung des klinischen Krankheitsbildes, das sich von der einfachen Hyperästhesie bis zur psychischen Depression mit Verarmung und Verödung des Gefühlslebens und Darniederliegen der Willenstätigkeit steigern kann. Mathes hat als erster auf das Seelenleben der „unterleibskranken“ Frauen geachtet und weist in seinen Arbeiten hin auf das häufige Zusammentreffen des sogenannten psychasthenischen Symptomenkomplexes mit somatischen Merkmalen der asthenischen Enteroptose. Er kommt darin zum Schluß: „Nicht die Leiden sind es, die das Gemütsleben so nachteilig beeinflussen, sondern die Depression ist es, die die Leiden provoziert. Das lebhafte Krankheitsgefühl, das die Frauenleiden so gefürchtet macht, stammt

nicht aus dieser Quelle, sondern aus den Störungen des Seelenlebens. Nicht die Symptome von seiten der anatomisch meist gar nicht veränderten Organe drängen sich dem Bewußtsein auf, sondern das auf die Wahrnehmungen und Beobachtungen am eigenen Ich eingeschränkte Bewußtsein perzipiert und mißdeutet jeden Vorgang im eigenen Körper mit besonderer Bereitwilligkeit. Daß die Mißempfindungen von seiten Magens und der Genitale das Symptomenbild so sehr beherrschen, liegt, wie Fleiner so richtig bemerkt, nicht etwa darin, daß diese Organsysteme mit Nerven besonders reich ausgestaltet wären, sondern darin, daß sie die einzigen von den inneren Organen sind, deren Funktionen auch ins Bewußtsein des gesunden Menschen eindringen, und daß das durch sie ausgelöste Triebleben des Hungers und der Liebe im Leben des Menschen eine große Rolle spielt.“ Die Auffassung zugrunde legend, findet bei ihm die Symptomatologie der Unterleibskrankheiten diese Deutung: „Sie sind der Ausdruck des asthenischen Anfalles, und es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß sämtliche Beschwerden mit ihm kommen und gehen, wenn sie auch oft durch lange Zeit fortbestehen. Sie verschwinden aber bestimmt in jedem Falle für längere oder kürzere Zeit, ohne daß an den anatomischen Verhältnissen der Genitale eine Veränderung eingetreten wäre.“

Indem Mathes so auf die Bedeutung nervöser Störungen als Vermittler des Symptomenkomplexes der Retroflexio aufmerksam macht

und dadurch der bis vor kurzem geltenden Lehre B. S. Schultzes, die die Lageveränderung der Genitale in den Vordergrund stellt, jeglichen Boden entzieht, finden die einzelnen Beschwerden der „Retroflexio“ durch ihn eine ganz neue Erklärung:

Bauchschmerzen: Die Frauen klagen über ziehende Schmerzen in der Unterbauchgegend. Diese Schmerzen können durch Druck auf die seitlichen Teile der Lendenwirbelsäule besonders links, und durch Druck über dem Poupartschen Bande künstlich erzeugt oder gesteigert werden. Bei diesen Manipulationen beobachten wir, daß sich die Pupillen unter dem auf den gesamten Sympathicus überspringenden Reiz oft maximal erweitern. Der Sitz des Schmerzes ist der Grenzstrang. Zum Teil sind die Bauchschmerzen auch Ermüdungsschmerzen in den Bauchmuskeln und Zugschmerzen an den Gekrösen, was aus der Beseitigung derselben durch Tragen von entsprechenden Bauchbinden hervorgeht.

Die Kreuzschmerzen stellt Mathes auf gleiche Stufe wie die Plattfußschmerzen. Als Ursache derselben gibt er an, die anatomische Veränderung in der Verbindung der Lendenwirbelsäule mit dem Darmbein. Die Schmerzen haben ihren Sitz teils in den Gelenken und ihren Verbindungen, teils auch in den Muskeln, die z. T. wegen der Veränderung der architektonischen Verhältnisse ungebührlich in Anspruch genommen werden.

Das Gefühl von Drängen nach abwärts ist gleichzusetzen den Senkungsschmerzen bei Hängebauch. „Der Grad der Senkungsbeschwerden ist nicht so sehr abhängig von der Dislokation des Beckenbodens und der Beckenorgane, als von der Überempfindlichkeit des Beckenbauchfelles und der in seinem Bindegewebe eingeschlossenen Nerven für die wechselnden Belastungs- und Spannungsverhältnisse je nach der Körperstellung."

Dysmenorrhoe. Die Menstruation stellt nach Mathes das Urbild des asthenischen Anfalles dar, durch den die Bedingungen für gesteigerte Reizempfindlichkeit gegeben sind. Durch die Fluxion, welche vor und während der Menstruation zu den Genitalen hin stattfindet, wird die Spannung des ohnehin schon schmerzhaften Peritonealüberzuges des inneren Genitale und seiner Ligamente vermehrt und sie somit die Ursache der lebhaftesten Schmerzen.

Blutungen: „Die Sympathicusganglien spielen beim Menstruationsprozesse vielleicht die Rolle von Akkumulatoren und Dämpfungsvorrichtungen. Versagen diese in der einen oder anderen Richtung ihren Dienst, so bleiben die Blutungen aus oder sie treten unregelmäßig und in gesteigerter Intensität auf. Störungen der Menstruation und abnorme Blutungen gehören zu den alltäglichsten Erscheinungen der Asthenie. Es scheint nur von der Schwere des asthenischen Anfalles und der Tiefe der psychischen Depression abzuhängen, ob in dem einen Falle die Menses sistieren, in dem andern Falle die Blutung

abnorm stark und zu den ungewöhnlichsten Zeiten auftritt. Bei atypischen Blutungen findet man auch regelmäßig eine deutliche Druckempfindlichkeit im Verlaufe des Grenzstranges und seiner Verzweigungen."

Ausfluß: Die Asthenischen empfinden oft den normalen Urin als heiß und beschweren sich über Brennen beim Urinieren. Sie klagen über Feuchtigkeit am äußeren Genitale und nähren diese Vorstellung dadurch, daß sie ihre Aufmerksamkeit auf diese vermeintliche Anomalie konzentrieren. Von dieser durch die asthenische Hyperästhesie hervorgerufenen subjektiven Empfindung von vermehrter Sekretion, müssen wir den objektiv nachweisbaren Ausfluß streng absondern. Theilhaber erwähnt Fälle, in denen Frauen mit großer Bestimmtheit angeben, daß psychische Erregungen von Ausfluß begleitet sind, der mit dem Abklingen der Erregung wieder verschwindet. Daß ein derartiger Einfluß psychischer Insulte auf das vegetative Nervensystem möglich ist, lehren deutlich Pawlows Versuche am Hunde.

Durch diese Erklärungen der Symptomatologie der „Retroflexio" zeigt Mathes, daß die klinische Bedeutung des Krankheitsbildes vor allem davon beeinflußt wird, in welchem Grade das Nervensystem an der asthenischen Konstitutionsanomalie des Gesamtorganismus teilnimmt Um die in Krankheitsbereitschaft stehende Psyche wirklich krank zu machen, bedarf es in den meisten Fällen einer Gelegenheitsursache. Als solche auslösende Momente finden wir eine ganze Reihe

bei Stiller und Mathes erwähnt, wie: erschöpfende Krankheiten, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Schnüren mit Mieder und Rockbändern, körperliche und geistige Überanstrengung, schlechte Ernährung und irrationelle Lebensweise, akute und chronische psychische Traumen, Erkrankungen des Genitalapparates usw.

Wenn wir so den Symptomenkomplex der Retroflexio uteri und den der Enteroptose als zu einem Krankheitsbilde zusammengehörig erkannt haben und weiter gesehen haben, daß die klinische Bewertung dieser Anomalie davon beeinflußt wird, in welchem Grade die Asthenie der Psyche an der Schwäche des Gesamtorganismus beteiligt ist, so muß, wenn unsere Therapie eine kausale und nicht eine rein symptomatische sein soll, diese auch in erster Linie eine psychische sein. Daher müssen alle diejenigen Behandlungsmethoden, die nur am Uterus angreifen, es sei denn, daß durch sie einer kausalen Indikation genügt wird, auf ein Mindestmaß beschränkt werden. Es ist hier zu erwähnen, daß in einer Anzahl von Fällen eine orthopädische Behandlung der Retroflexio indiziert erscheint; so muß bei mit Retroflexio kombiniertem Prolapsus uteri et vaginae, bei Zystozelen und Rektozelen, bei Dekubitusgeschwüren, bei Dammrissen ein operatives Verfahren eingeschlagen werden; wenn möglich, ist die Alexander Adamsche Operation mit der Plastik zu verbinden. Auch bei Sterilität wird die Retroflexio am besten durch Alexander Adamsche Operation korrigiert. Die Forderung

einzelner Autoren, den gynäkologischen Operateuren Zugang in die Anstalten für Gemüts- und Geisteskranke zu verschaffen, damit nicht so viele Frauen ohne Grund so lange in diesen Anstalten zurückbehalten würden, ist jedoch zurückzuweisen.

Unsere therapeutischen Maßnahmen müssen einmal darauf abzielen, die allgemeine Konstitutionsschwäche des Körpers gegen äußere Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Sie müssen somit allgemeinhygienischer Natur sein. Die Aussicht, daß sie erfolgreich, ist um so größer, in je früherem Alter sie aus rein prophylaktischen Gründen bei konstitutionell Asthenischen angewandt werden.

Ist aber die latente Insuffizienz durch eine auslösende Ursache manifest geworden, so muß die Behandlung, „gibt doch die kortikale und sympathische Hyperästhesie die Ursache der Schmerzempfindung ab", wenn sie eine ätiologische sein soll, am geschädigten Nervensystem heilend einsetzen. Es müssen daher die therapeutischen Maßnahmen angewandt werden, die von Dubois und Mathes zur Heilung des asthenischen Anfalles vorgeschlagen werden.

In den leichteren Fällen wird das Krankheitsgefühl schon wesentlich dadurch gelindert, wenn die Patientin jemanden findet, der dem Leiden verständnisvoll gegenübersteht, und dem sie daher rückhaltlos ihre Klagen vorbringen kann. „Das Abreagieren", wie Mathes sagt, „bessert ihren Zustand." Aufgabe des Arztes bleibt es,

die Kranke immer wieder von der absoluten Sicherheit ihrer Heilung zu überzeugen.

Bei den schweren Fällen wird unbedingte Bettruhe mit allgemein roborierendem Regime verlangt. Von den Patientinnen muß alles Beunruhigende ferngehalten werden, und so werden sich ihre falschen Vorstellungen allmählich selbst korrigieren. Da asthenische Frauen viel über Schmerzen im Bauch klagen, als deren Ursache wir den Sympathikus ansahen, so muß in den schwereren Fällen dieser einer besonderen Behandlung unterzogen werden. In solchen Fällen schlagen Hoenck, Kyri und Mathes die Massage des Grenzstranges vor.

Die ziehenden Schmerzen im Leibe werden zweckmäßig durch eine passende Bauchbinde, wodurch die Bauchmuskeln entlastet und der Eingeweideblock gehoben und so die schmerzhaften Spannungen der Gekröse beseitigt werden, bekämpft. Mathes empfiehlt die Hera-Leibbinde. In der Kgl. gynäkol. Univ.-Klinik München (Prof. Amann) hat sich seit vielen Jahren die von Bracco (Turin) angegebene Leibbinde ganz besonders gut bewährt. Der große Vorteil dieser Binde besteht darin, daß sie nach einem Steifgazebindenmodell, welches genau den Körperformen angepaßt ist und Bauch, Becken und Oberschenkel umschließt, nur aus Bändern ohne jede versteifende Einlage angefertigt wird und so den individuellen Verschiedenheiten Rechnung trägt. Die Erfahrung an über 1200 Braccobinden, welche von der Klinik aus angefertigt wurden, hat gezeigt, daß sie wohl den meisten Binden über-

legen ist. Mehrere Patientinnen, welche ohne jeden Erfolg mit den verschiedensten Bindenmodellen behandelt waren, haben durch die Braccobinde eine derartige Arbeitsfähigkeit erlangt, daß sie selbst veranlaßt haben, daß ihre bisherige Invalidenrente wieder aufgehoben werde, da sie wieder arbeiten könnten. Die gute Einwirkung der Binde auf die Lage der Baucheingeweide konnte an der Klinik durch Röntgenaufnahmen bestätigt werden. Auch bei Änderung der Körperhaltung liegt die Binde immer fest und gleichmäßig an. Durch flache, eingelegte Kissen kann eventuell noch ein stärkerer Druck auf eine bestimmte Stelle (z. B. Nierengegend) ausgeübt werden.

Vor der lokalen Behandlung der Genitale bei Asthenischen wird allgemein gewarnt, es sei denn, daß wirklich nachweisbare anatomische Veränderungen (siehe oben) vorliegen. Auf dem Gynäkologenkongreß im Jahre 1897 haben besonders Teilhaber, Winter und Martin vor allem von der operativen Behandlung abgeraten.

Alle die angeführten Beschwerden werden auch durch lange fortgesetzte Lokalbehandlung meist nur wenig und vorübergehend beeinflußt, und an die Stelle der Lokalbehandlung muß in diesen Fällen eine rationelle Allgemeinbehandlung der konstitutionellen Asthenie treten, zusammen mit einer entsprechenden psychischen Behandlung der neurasthenischen und psychasthenischen Symptome.

* * *

Zum Schluß dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Amann für die Überlassung von Thema und Material, sowie für die gütige Übernahme des Referates meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bartel: Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung. Wiener klin. Wochenschr. 1908, 22.

Dubois: Psychoneurosen und deren Behandlung. Bern, Franke u. Co., 1904.

Hausmann: Palpator, bestimmbare abdominale Zeichen der athen. Konstitutionskrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. 1909, 31.

van der Hoeven: Die Asthenie und die Lageanomalien der weiblichen Genitalien. Jena 1909, Fischer.

Krönig: Über die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Thieme, Leipzig 1902.

Mathes: Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin 1912, S. Kargen.

— Über Enteroptose. Archiv für Gynäkologie 77.

— Die asthenische Enteroptose. Die Erkrankungen der weibl. Genitalien in Beziehung zur inneren Medizin. 2. Band. Wien und Leipzig, Alfred Hölder 1913.

Menge: Das Wesen der Dysmenorrhoe. Zentralblatt für Gynäkologie 1901, Seite 1367.

Rosengart: Pathogenese der Enteroptose. Zeitschrift für diätetische und physische Therapie I. 3.

Salin: Über die Bedeutung der Retrodeviation der Gebärmutter. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 2, 301.

Stiller: Die asthenische Konstitutionskrankheit Stuttgart, Encke, 1907.
Strauß: Über den Habitus asthenicus und seine klinische Bedeutung. Berliner klin. Wochenschr. 1910, 5.
Tandler: Über Infantilismus. Wiener mediz. Presse 1907, 15.
Theilhaber: Welche Symptome machen Flexionen und Versionen des Uterus. Münchener mediz. Wochenschrift 1896, 22 u. 23.
— Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 2, 1895.
— Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Graefes Sammlung zwangloser Abhandlungen usw. 4, Marhold, Halle.
Walthard: Der Einfluß des Nervensystems auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie 2, 2, S. 253.
Wille: Nervenleiden und Frauenleiden. Stuttgart, Encke, 1902.
Zweig: Die Pathologie und Therapie der Enteroptose. Halle 1911.

Lebenslauf.

Wurde am 3. Oktober 1887 zu Koblenz geboren. Katholischer Konfession. Meine Gymnasialstudien absolvierte ich am Kaiserin Augusta-Gymnasium zu Koblenz. An folgenden Universitäten studierte ich Medizin: Bonn, München, Kiel (ärztliche Vorprüfung), Berlin, München. Hier bestand ich August 1913 das medizinische Staatsexamen. Als Medizinalpraktikant war ich auf der inneren Station des städt. Krankenhauses München-Schwabing (Prof. Dr. Brasch) und am städt. Krankenhaus Graudenz in Westpr. (chirurgische Abteilung) beschäftigt. Mit Kriegsausbruch erlangte ich die ärztliche Approbation und rückte als Truppenarzt ins Feld. November 1915 wurde ich zum Reservelazarett Oliva-Danzig kommandiert und versehe seitdem den Lazarettdienst im Hilfslazarett Schellmühl I., Danzig-Langfuhr.